健康介護まちかど相談薬局研修会

１．ゲートキーパー育成

２．禁煙支援対策について

３．地域包括ケアシステムと薬局・薬剤師

４．基本チェックリスト、脳の健康チェックリストの活用について

|  |
| --- |
| 参加申込について |

**参加申込**参加費を納入後、FAXでお申し込みください。

　　　　　　　　　　　　　 　 欠席の場合、参加費の返金、資料送付はいたしません。

　　　　　　　　　　　　　 　 なお、会場変更は可能です。

**参 加 費 ３，０００円**（振込手数料はご負担ください。）

　　　　　　　　　　　　　　振込先　　青森銀行本店営業部 普通　５４９８３１

　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　みちのく銀行本店営業部 普通 ２２００８３０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　名義　(一社)青森県薬剤師会　(ｼｬ　ｱｵﾓﾘｹﾝﾔｸｻﾞｲｼｶｲ)

**申込締切　　　平成３０年１０月１９日（金）**

（認定薬剤師会制度の集合研修２単位申請中）

平成３０年度「健康介護まちかど相談薬局」研修会

研修会場を下記の３ヵ所から選択できます。

自分の参加する会場に○をつけ必要事項を記入の上、県薬にＦＡＸをお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **１０月２８日（日）**  **10：00～13:１0** | **青森** | **県民福祉プラザ**  **青森市中央3-20-30 　TEL： 017-777-9191** |
|  | **１２月９日（日）**  **10：00～13:１0** | **弘前** | **弘前文化センター**  **弘前市下白銀町19-4 　TEL： 0172-33-6571** |
|  | **１２月１６日（日）**  **10：00～13:１0** | **八戸** | **八戸市総合福祉会館**  **八戸市根城8-8-155 　TEL： 0178-47-1651** |

所属支部 ・地域　　　　　　　　　　　　支部 ・薬剤師会

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤師氏名 | 薬局住所 |
| 新規　・　研修終了　薬剤師  該当するほうを○で囲んでください |
| 薬局名 | 電話番号  FAX番号 |

**送信先　　県薬FAX番号　（０１７）７４３-４４５２**